Travail de la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Broca

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André DEHAU

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

SALPINGITE TUBERCULEUSE AIGUË

SON DIAGNOSTIC CLINIQUE

Président : M. J.-L. FAURE, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

LANE LIBRARY

91

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	PIERRE POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, GOSSET, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBOULLET	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

M. le Docteur FEILLÉ

Professeur de clinique interne à la Faculté de Médecine d'Angers
Médecin de l'Hôtel-Dieu d'Angers

AUX MIENS

A MON ONCLE

M. le Docteur Louis JOUBIN

Professeur au Muséum d'Histoire Naturelle
et à l'Institut Océanographique
Officier de la Légion d'honneur

Qui depuis que nous avons commencé nos études a toujours été pour nous le conseiller le plus sûr et le plus dévoué. Nous l'assurons de notre profonde et affectueuse reconnaissance.

77429

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON VÉNÉRÉ MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté
de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a autorisé à prendre dans son service les observations qui font le sujet de notre thèse et qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien agréer nos sincères remerciements et l'hommage de notre très vive gratitude ainsi que l'expression de notre respectueuse reconnaissance et de notre profond dévouement.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

A MES MAITRES DE L'HOPITAL D'ANGERS

M. le Docteur JAGOT (*in memoriam*)
Professeur de clinique interne
Médecin de l'Hôtel-Dieu

M. le Docteur MONPROFIT
Professeur de clinique externe
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Stage

MM. les Drs ROUTIER, chirurgien de l'Hôpital Laënnec.
LAUNOIS (*in memoriam*), médecin de l'Hôpital Lariboisière.

Externat

MM. les Drs THIROLOIX, médecin de l'Hôpital de la Pitié.
J.-L. FAURE, chirurgien de l'Hôpital Cochin.
MOSNY (*in memoriam*), médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

A M. le Docteur DOUAY

Chef de clinique à l'Hôpital Broca

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et ne nous a pas ménagé ses précieux conseils ni sa grande expérience. Il a toujours été pour nous le guide le plus sûr, le plus dévoué, le plus bienveillant. Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre bien vive reconnaissance et de notre respectueux dévouement et accepter tous nos plus sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur BRIN

Professeur à l'Ecole de Médecine d'Angers
Chirurgien de l'Hôpital d'Angers

Qui nous a toujours montré un intérêt et une sympathie toute particulière. Nous l'assurons de notre profonde reconnaissance.

A MM. les Drs SIREDEY, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.
DALCHÉ, médecin de l'Hôtel-Dieu.
MACÉ, accoucheur de l'Hôtel-Dieu.
BOQUEL, directeur de l'Ecole de Médecine d'Angers.
TURLAIS, médecin de l'hôpital d'Angers.

A MM. les Docteurs CHAMPY, HALLER, MOSSÉ
DEBRÉ, WOLFROMM, ARDILLAUX

SALPINGITE TUBERCULEUSE AIGUË

SON DIAGNOSTIC CLINIQUE

INTRODUCTION

Pendant l'année 1919 à l'Hôpital Broca, dans le service de M. le professeur J.-L. Faure, nous avons eu l'occasion d'observer un cas type de salpingite tuberculeuse aiguë.

Cette malade a été examinée à l'amphithéâtre le 21 novembre 1919 par M. le professeur J.-L. Faure. Se basant uniquement sur les symptômes cliniques observés, notre Maître porta le diagnostic ferme de salpingite tuberculeuse aiguë. Ce diagnostic fut ensuite confirmé par l'opération faite le lendemain. L'examen histologique pratiqué par le Dr Champy, montra une tuberculose caséeuse des annexes.

Cette forme anatomo-clinique de tuberculose annexielle est peu connue. Elle n'est pas signalée dans les auteurs classiques. Dans les publications les plus récentes (1) elle est confondue avec les formes chroniques ou subaiguës.

1. H. Hartmann, Bergeret et Remilly, *Quelques réflexions sur la tuberculose salpingo-ovarienne* (*Gynécologie et Obstétrique*, t. II, n° 1, 1920).

Nous voudrions dans ce modeste travail, en nous basant sur deux observations recueillies dans le service de M. le Professeur J,-L. Faure et que son chef de clinique M. le Dr Douay a bien voulu nous confier, montrer les symptômes assez particuliers de la salpingite tuberculeuse aiguë.

A l'inverse des autres formes anatomo-cliniques de la tuberculose annexielle, les symptômes de cette variété sont assez précis pour en faire le diagnostic, ce qui permet une intervention précoce, seule chance de guérison pour les malades atteintes de cette affection grave.

HISTORIQUE

La tuberculose des annexes de l'utérus est connue depuis longtemps. Déjà en 1744 Morgagni en cite une observation. Brouardel (1) en fait la première étude basée sur 56 observations. Il ne distingue pas spécialement les formes chroniques et subaiguës de la forme aiguë.

Depuis, de nombreux travaux ont été faits sur ce sujet. Citons ceux de Merletti, Hanseman, Mlle de Jong, de W. Williams de Rosthorn, etc.

Martin (2) propose deux grands types : la forme de péritonite tuberculeuse et la forme de salpingite pure.

Jayle (3) divise les salpingites tuberculeuses en deux grandes classes : les salpingites tuberculeuses pures et les salpingites tuberculeuses associées à une autre infection. Les premières, dit-il, revêtent un aspect polymorphe tant au point de vue clinique

1. Brouardel, *Tuberculisation des organes génitaux de la femme.* Thèse de Paris, 1865.

2. Martin, *Genitale tuberculose* (*The Journal american association*, septembre 1908).

3. Jayle, *La tuberculose de la trompe* (*Presse Méd.*, n° 51, 21 juin 1913).

qu'anatomo-pathologique. Il ramène cependant tous les cas observés à quatre variétés :

1° La tuberculose granuleuse, miliaire, péritonéale et ascitogène ;

2° La tuberculose pyogène qui ressemble cliniquement et macroscopiquement à une salpingite inflammatoire simple ;

3° La tuberculose lardacée où l'élément tuberculeux détermine une hypertrophie de tous les tissus de la trompe, du péritoine pelvien et du ligament large mais sans pus ni granulations ;

4° La tuberculose polymorphe, pyogène et granuleuse, pyogène et lardacée qui est une association des trois formes précédentes.

Quant aux salpingites tuberculeuses associées, elles se caractérisent par ce fait que « la réaction de l'élément tuberculeux est dominée, annihilée par la réaction de l'élément inflammatoire ordinaire. Toute la scène clinique est sous la dépendance de l'élément inflammatoire ». C'est vraisemblablement dans cette classe que Jayle place la forme de tuberculose aiguë qui nous occupe.

A. Schwartz et P. Mathieu (1) divisent les salpingites tuberculeuses au point de vue anatomo-pathologique en :

1° Un type à lésions uniquement superficielles, séreuses, constituées par des granulations, des tubercules ;

1. A. Schwartz et P. Mathieu, *Pathologie externe*, 1912. Baillère, éditeur.

2° Un type à lésions surtout muqueuses constituées suivant leur âge par des granulations ou des ulcérations plus ou moins étendues avec épaississement de la muqueuse ;

3° Un type à lésions surtout interstitielles, caractérisée par l'hypertrophie de la trompe et à la coupe par l'infiltration des parois par des nodules tuberculeux.

Au point de vue clinique ils classent les salpingites tuberculeuses en salpingites à forme de pelvi-péritonite aiguë ou subaiguë, à forme de péritonite chronique, à forme de salpingo-ovarite chronique. La forme qui nous intéresse est vraisemblablement comprise dans la classe des salpingites avec pelvi-péritonite aiguë.

Remilly (1) divise au point de vue anatomo-pathologique les cas de tuberculose génitale de la femme en formes avec lésions tubaires prédominantes et en formes avec lésions péritonéales prédominantes. Parmi les premières il distingue la forme nodulaire, la forme interstitielle, la forme muqueuse hypertrophiante, la forme d'annexite suppurée et les abcès froids de la trompe. Dans les secondes il décrit la forme miliaire, la forme adhésive, la forme caséeuse ou suppurée.

De son propre aveu cette distinction est très schématique (voir p. 25).

Pour ce qui est de la salpingite aiguë qui nous inté-

1. Remilly, *Sur 32 observations de femmes opérées pour tuberculose génitale*. Thèse de Paris, 1920.

resse et qui est confondue avec les autres dans la thèse de Remilly, il n'y a pas lieu de faire cette distinction entre la localisation tubaire ou péritonéale de la tuberculose. Salpingite et péritonite sont associées, la salpingite prédomine et la péritonite l'accompagne.

M. le professeur Hartmann (1) se basant sur 28 observations tirées de la thèse de Remilly divise les salpingites tuberculeuses au point de vue clinique en trois formes :

1° La tuberculose génitale à forme d'annexite avec ou sans pelvi-péritonite, à début progressif, à crises peu violentes, évoluant par poussées successives et sans atteinte sérieuse de l'état général ;

2° La péritonite tuberculeuse fibro-caséeuse, à point de départ génital, à marche plus aiguë, à crises brusques et violentes, à poussées successives avec douleurs, ballonnement du ventre. La palpation dans ces cas fait sentir une masse occupant l'hypogastre, dépassant quelquefois l'ombilic. Cette forme s'accompagne de fièvre en général peu élevée, montant exceptionnellement à 39 degrés; l'état général est assez atteint.

Cette forme se rapproche cliniquement de celle que nous décrivons, avec cette différence essentielle que dans la forme qui nous intéresse les lésions du péritoine sont secondaires et d'un degré évolutif plus tardif. C'est la trompe qui présente le maximum des

1. Hartmann, Bergeret et Remilly, *Quelques réflexions sur la tuberculose salpingo-ovarienne* (*Gyn. et Obst.*, t. II, n° 1, 1920).

lésions. En conséquence nous conservons le terme de salpingite et non de péritonite ;

3° La péritonite tuberculeuse ascitique à point de départ génital, forme rarement rencontrée par Hartmann. D'après les faits recueillis dans le service du professeur J.-L. Faure cette variété ne semble pas exceptionnelle.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces classifications qui sont particulières à chaque auteur.

Pourquoi cette diversité d'opinions ?

Quoique la lésion bactériologique et histologique soit toujours la même, les lésions observées sont multiples et variées, différentes par leur localisation, leur évolution, les réactions de voisinage. Aussi les formes décrites sont pratiquement difficiles à distinguer. Aucune affection n'est aussi *polymorphe* que la tuberculose annexielle masquée dans ses symptômes, variée dans ses manifestations, changeante et capricieuse dans son évolution. Elle se charge de dépister tous les efforts des cliniciens et c'est pour cette raison que très étudiée et très bien connue elle reste et restera toujours obscure.

Une seule forme se distingue par ses lésions anatomiques particulières et par quelques caractères cliniques qui permettent de la dépister ; c'est la forme aiguë dont l'individualité nous a été révélée par M. le professeur J.-L. Faure et qui jusqu'ici a été confondue avec les autres. C'est celle que nous essayons d'exposer dans cette thèse.

ÉTIOLOGIE

On connaît la fréquence de la tuberculose chronique des organes génitaux de l'homme et la rareté relative de la tuberculose épididymaire aiguë (forme galopante de Duplay). Il en est de même chez la femme.

La tuberculose annexielle est beaucoup plus fréquente qu'on pourrait le croire. W. Williams sur 91 salpingites trouve sept fois des lésions tuberculeuses avec un pourcentage de 7,9 o/o, Rosthorn sur 143 cas en trouve 7 avec lésions tuberculeuses : pourcentage 4,8 o/o. Martin sur 620 cas en trouve 17 de bacillaires : pourcentage 2,7 o/o. Hartmann sur 1.150 annexites en trouve 28 de tuberculeuses.

A l'Hôpital Broca dans le service de M. le professeur J.-L. Faure nous avons relevé les cas de salpingites opérées entre le 1er janvier 1919 et le 1er novembre 1920 ; sur 265 cas opérés nous trouvons 9 salpingites tuberculeuses, ce qui nous donne un pourcentage de 3,03 o/o.

Malheureusement pour toutes ces statistiques, excepté celle de W. Williams qui a examiné microscopiquement les 91 cas d'annexites, l'examen histo-

logique, les cultures et l'inoculation au cobaye n'ont pas été pratiqués systématiquement dans tous les cas, aussi ces chiffres sont-ils bien au-dessous de la vérité. Souvent en effet même au moment de l'opération, l'examen ne décèle aucune lésion tuberculeuse. Ainsi dans la statistique de Williams sur les 7 cas reconnus histologiquement tuberculeux, 2 seulement avaient été distingués comme tels au moment de l'opération. Cela explique que bien des salpingites bacillaires soient prises pour des salpingites banales même après l'opération, pièces en main.

La tuberculose annexielle serait donc plus fréquente qu'on ne le croit.

Quant à la forme aiguë qui nous intéresse, sa fréquence est difficile à apprécier. Deux cas ont été observés et opérés dans le service du professeur J.-L. Faure à l'Hôpital Broca en deux ans. M. le professeur J.-L. Faure en a observé un autre cas pendant la guerre dans sa clientèle de ville. Ce sont là des cas exceptionnels.

La cause déterminante de ces salpingites aiguës est celle que l'on retrouve pour la tuberculose en général, c'est le bacille de Koch.

Mais pourquoi donne-t-il la forme aiguë ?

Le problème est le même que dans les autres manifestations tuberculeuses aiguës telles que la pneumonie caséeuse par exemple.

Il est inconstestable qu'il entre dans ces cas une question de virulence du bacille et du nombre des bacilles qui contaminent. Dans nos observations les

lésions histologiques montrent un nombre considérable de tubercules confluents avec d'énormes cellules géantes. Les bacilles dans ces cas sont très abondants.

Les recherches d'Auclair confirmées depuis par Oppenheim, Lœper et Armand Delille ont montré qu'à côté des poisons diffusibles comme la tuberculine il existait des poisons adhérents que ces auteurs sont parvenus à isoler ; poisons ayant la consistance de la graisse et doués de la propriété de provoquer soit la caséification (c'est l'éthéro-bacilline), soit la sclérose (c'est la chloroformo-bacilline). La prédominance de l'un ou l'autre de ces poisons expliquera peut-être un jour pourquoi dans certains cas le bacille de Koch détermine des lésions aiguës et dans d'autres des lésions chroniques.

L'absence de vaccination antérieure semble aussi influer. C'est ainsi que les malades de nos observations ne présentaient dans leurs antécédents personnels aucune trace de tuberculose et dans leurs antécédents héréditaires peu ou même pas de manifestations bacillaires. Inversement, les tuberculeuses avérées pulmonaires ou osseuses présentent plutôt la forme chronique.

Les causes prédisposantes ne sont pas différentes de celles invoquées dans les formes chroniques ou subaiguës. En plus de toutes celles de la tuberculose en général (mauvaises conditions hygiéniques et alimentaires), les principales sont la jeunesse et les traumatismes sexuels. C'est souvent chez des femmes

jeunes, en pleine période d'activité génitale qu'apparaît la salpingite tuberculeuse. Dans la forme aiguë, c'est une apparition brusque, inopinée chez des sujets qui, quelques mois auparavant, étaient très bien portants, chez qui la menstruation s'était effectuée normalement jusqu'à cette époque.

Tous les auteurs s'accordent à dire que la grossesse est un facteur important de la tuberculose des annexes. L'une de nos observations montre que la malade avait accouché 8 mois avant et que les premiers troubles sont apparus après cet accouchement.

En recherchant les causes prédisposantes, nous pouvons nous demander s'il y a une disposition anatomique de la trompe, qui favorise l'arrêt et le développement du bacille de Koch car le maximum des lésions est observé dans la muqueuse de la trompe et spécialement dans l'ampoule. C'est là où les lésions se présentent au stade évolutif le plus avancé, au stade de caséification et de ramollissement. La structure de la trompe, et spécialement de la partie ampullaire, avec les nombreux plis et replis de la muqueuse reposant sur une sous-muqueuse lâche avec riche réseau lymphatique; sa situation déclive exposant à des stagnations, expliquent bien la facilité avec laquelle les microbes pyogènes et le gonocoque s'y localisent. Pourquoi le bacille tuberculeux ferait-il exception ?

Nous savons que, de plus en plus, on a tendance à admettre pour l'infection tuberculeuse la voie sanguine et non la voie ascendante.

Par voie ascendante il faut s'entendre, il est évident que les microbes ne sont pas capables de remonter, comme des nageurs intrépides ; le courant descendant des voies génitales. L'infection se ferait de proche en proche par la voie lymphatique sous-muqueuse. Le bacille serait introduit par les voies génitales comme le gonocoque. Il proviendrait surtout des contacts multiples et variés, auxquels sont exposés les organes génitaux externes de la femme, soit des objets de toilettes, soit du mari, etc.

Certains symptômes plaident en faveur de cette conception.

C'est l'absence d'antécédents tuberculeux qui fait penser à une contamination récente et massive. C'est l'absence d'autres localisations tuberculeuses contemporaines de la lésion génitale. La salpingite tuberculeuse reste une tuberculose localisée ou encore chirurgicale. Tout se passe comme si elle était une tuberculose primitive. Enlevée chirurgicalement, la malade peut être radicalement guérie.

Pourquoi une annexe est-elle d'abord exclusivement envahie puis l'infection gagne-t-elle l'autre côté comme dans une salpingite banale ? Si l'infection se faisait par voie sanguine, l'envahissement des deux annexes serait simultané.

Pourquoi ces pertes blanches qui ont précédé l'éclosion des accidents ? Même fait se produit dans l'épididymite tuberculeuse où on note souvent un écoulement urétral prémonitoire qui a des analogies

évidentes avec la gonorrhée, mais qui s'en distingue par l'absence de gonocoques.

Tout cela plaide en faveur d'une infection exogène du tractus génital par le bacille tuberculeux qui gagne la sous-muqueuse, l'utérus où il ne fait que passer, puis les trompes où il se localise et de là l'infection gagne l'ovaire, le péritoine et les organes voisins.

Cette conception ne nous paraît pas irrationnelle, mais ceci n'est que de la théorie, et nous n'insisterons pas davantage sur ces discussions sans grand intérêt.

Nous voulons seulement retenir de tout ceci que la cause de la salpingite tuberculeuse, et spécialement de la forme aiguë, n'est pas forcément endogène, mais qu'on doit aussi la rechercher dans les contaminations exogènes des voies génitales inférieures.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo-pathologique, la forme aiguë de la tuberculose annexielle revêt le type ulcéro-caséeux. Souvent macroscopiquement les trompes paraissent atteintes de salpingite banale et c'est un examen plus approfondi qui montre des noyaux de caséification qui se ramollissent, présentant au centre un petit abcès par fonte tuberculeuse. C'est seulement dans les stades avancés du processus évolutif que se constitue l'ulcération au centre du foyer caséeux.

Autour de ces noyaux se fait une infiltration œdémateuse d'allure inflammatoire. Cette infiltration est assez caractéristique, soit molle et œdémateuse, soit plus ferme, plus résistante, charnue et succulente, soit enfin très ferme et comme lardacée. Les trompes sont adhérentes aux parties avoisinantes, mais ces adhérences sont détachables et décollables de sorte que l'opération sans être facile est cependant réalisable sans délabrements.

Ces lésions sont les lésions caractéristiques de cette forme aiguë ulcéro-caséeuse, mais on trouve aussi des lésions associées qui elles, existent aussi dans les autres formes subaiguës ou chroniques.

Les adhérences molles peuvent se transformer en tissu dur, fibreux et c'est alors l'évolution vers la forme fibro-caséeuse. L'opération est alors très laborieuse, les annexes étant très adhérentes aux organes voisins et se décollant difficilement.

On peut trouver des granulations à distance, en particulier sur le péritoine, ce qui rappelle la forme miliaire. Dans la forme qui nous intéresse ces granulations restent discrètes et doivent être recherchées sur le péritoine tubaire, sur le fond de l'utérus et sur les anses intestinales immédiatement en contact avec le foyer malade.

Quelquefois on trouve un peu de liquide séreux dans le petit bassin, ce qui rappelle la forme ascitique. Ordinairement le liquide est peu abondant, soit libre, soit enkysté sous forme de poche séreuse.

Assez exceptionnellement la masse caséeuse se ramollit au point de donner lieu à un abcès froid. Quelquefois cet abcès peut être dans la cavité de la trompe, rappelant le pyosalpinx tuberculeux.

L'ovaire est habituellement pris. On y trouve soit des granulations isolées, soit des tubercules agglomérés en voie de dégénérescence caséeuse, soit des abcès multiples ou une vaste poche purulente. Suivant le degré d'évolution des lésions tuberculeuses en général, le stade évolutif est moins avancé que celui de la trompe, les tubercules y restent ordinairement à l'état de crudité alors que la dégénérescence caséeuse est déjà avancée au niveau de la trompe.

L'utérus est ordinairement sain. On y trouve quel-

quefois de rares granulations sous-péritonéales. La muqueuse est ordinairement intacte.

L'intestin peut être envahi ; des adhérences multiples, épaisses et succulentes unissent entre elles les anses intestinales ou les fixent au fond de l'utérus, aux parois pelviennes ou aux annexes malades d'où à la suite de l'opération le danger des fistules immédiates ou tardives.

Les lésions de la salpingite tuberculeuse aiguë prédominent en général d'abord d'un côté puis au bout de peu de temps deviennent bilatérales.

HISTOLOGIE

Les lésion de la salpingite tuberculeuse aiguë sont au point de vue histologique celles de la tuberculose en général. Nous rappellerons rapidement les lésions dues au bacille tuberculeux.

« La lésion élémentaire est le follicule tuberculeux ; celui-ci vu au microscope paraît constitué par 3 zones concentriques.

« 1° Au centre une masse opaque, granuleuse, bordée par une couronne de noyaux, c'est la cellule géante ;

« 2° Autour de cette cellule géante une couronne de cellules plus ou moins elliptiques à parois épaissies : les cellules épithélïoides, irrégulièrement disposées ;

« 3° Autour de la périphérie du follicule un amas de cellules à gros noyaux, à protoplasma peu abondant et qui paraissent être des lymphocytes ;

« Dans ces différentes couches mais surtout au sein même de la cellule géante on rencontre des bacilles de Koch, quelquefois très abondants, d'autres fois difficiles à trouver.

« En s'agglomérant ces follicules tuberculeux forment de petites masses arrondies qui selon leur volume et leur stade d'évolution sont appelées granulations miliaires ou tubercules. Les premières, en général disséminées sur les organes ou dans leur profondeur, ne présentent jamais trace de caséification à leur centre. Les tubercules au contraire, formés par l'agglomération d'un nombre plus considérable de follicules tuberculeux et présentant une durée plus longue, pèu-

vent subir le processus de nécrose et se caséifier, on se trouve alors en présence de petits nodules dont le centre devient jaune et se ramollit. Cette substance caséeuse est composée de cristaux, de matières grasses, de cellules épithéliales et de globules lymphatiques plus ou moins dégénérés. Les tubercules peuvent encore subir le processus de sclérose provoquant ainsi autour du tubercule une réaction intense de tissu conjonctif qui prolifère et finit par l'envelopper d'une véritable coque.

En général ces différents processus existent ensemble dans toutes lésions tuberculeuses mais l'un ou l'autre prédomine et l'on a les formes miliaires, ulcéro-caséeuses ou fibro-caséeuses.' »

Dans la salpingite tuberculeuse aiguë, voici la topographie des lésions tuberculeuses.

Les lésions les plus avancées sont au niveau de la muqueuse de la trompe et c'est surtout la muqueuse de la région ampullaire qui est la plus atteinte. Une coupe faite à ce niveau montre la muqueuse bourrée de tubercules agglomérés. Quelques-uns sont encore à l'état de crudité et n'ont pas eu le temps de se ramollir. La plupart sont en voie de dégénérescence, formant des masses caséeuses qui par endroit sont énormes et remplacent toute la cavité de la trompe. La couche musculaire de la trompe, est relativement épargnée, les tubercules sont beaucoup plus rares. La séreuse est atteinte de façon variable. Ou bien on n'y trouve que quelques tubercules disséminés ou bien au contraire des tubercules nombreux formant même de petits foyers. Dans tous ces tubercules les cellules géantes sont nombreuses et volumineuses et les bacilles en grand nombre et virulents.

L'ovaire est plus ou moins envahi et c'est surtout à la superficie que l'on trouve le maximum des lésions. Plus l'on se rapproche du centre, plus les tubercules diminuent. Les lésions sont toujours moins avancées que sur la trompe.

Le péritoine est lui aussi atteint de façon variable. En général les tubercules n'y sont pas très nombreux.

L'intestin présente des tubercules assez rares.

Quant à l'épiploon, il est épaissi, infiltré, œdémateux et présente quelques rares tubercules.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début est généralement précédé d'une *période prémonitoire* qu'on recherche secondairement par l'interrogatoire au cours de la maladie et dont la connaissance peut avoir quelque intérêt pour le diagnostic.

Dans cette période, qui à notre avis correspond à l'infection tuberculeuse commençante et à l'envahissement latent des voies génitales, quelques symptômes vagues et fugaces se produisent. Un premier groupe de symptômes traduit l'imprégnation tuberculeuse de l'organisme ; le second l'état de souffrance des organes génitaux.

Dans le premier groupe nous trouvons : l'amaigrissement sans cause appréciable, un état d'asthénie et de dépression nerveuse, une tendance à faire un peu de fièvre le soir après la fatigue de la journée. Si la malade a l'idée de prendre sa température, elle trouve une augmentation de quelques dixièmes de degré. Elle présente souvent de petites crises de sueurs nocturnes qui traduisent cliniquement cet état fébrile.

Dans le deuxième groupe nous trouvons la leucorrhée ; c'est une leucorrhée très spéciale, pas très abon-

dante, blanc jaunâtre, pas très épaisse, elle ne s'accompagne pas de douleur à la miction. Son début est spontané et n'apparaît pas quelques jours après un coït suspect comme dans la blennhorragie. Cette leucorrhée tuberculeuse ne ressemble,on le voit,que très vaguement à la leucorrhée gonococcique et il suffit d'un interrogatoire un peu serré pour éliminer dans les antécédents cette cause de salpingite aiguë.

A quoi est due cette leucorrhée ?

Nous l'avons déjà comparée à l'écoulement urétral que l'on voit souvent dans le début de l'épididymite tuberculeuse. Nous ne sommes pas éloignés de croire qu'il traduit l'envahissement des voies génitales inférieures par le bacille tuberculeux. Si l'on ne veut pas admettre cette idée,on reconnaîtra volontiers que cette leucorrhée montre l'état de souffrance des organes génitaux sous les premières atteintes du bacille. Dans l'une de nos observations (n° 1) ce symptôme a été retrouvé avec toute sa netteté et toute sa valeur diagnostique.

Les troubles des règles sont habituels dans les mois qui précèdent le début : irrégularités comme dates et variations dans l'abondance soit en moins, soit en plus, plus souvent en moins. Signalons aussi quelques douleurs au moment des règles. Ces troubles des règles n'ont pas la même importance pour le diagnostic différentiel car ils n'offrent aucun caractère particulier. La durée de cette période prémonitoire est de plusieurs mois.

Le début est habituellement progressif,quelquefois

assez brusque mais jamais brutal comme dans les salpingites banales. C'est souvent au moment d'une période menstruelle qu'il se produit. La malade présente quelques douleurs dans le bas ventre et une fièvre modérée. Les lésions locales ne sont pas très marquées. On croit à une poussée assez légère de salpingite banale ; la malade est mise au lit avec le traitement habituel : glace sur le ventre, injections chaudes prolongées, repos absolu. C'est alors qu'apparaissent les premiers symptômes particuliers de l'affection. *Malgré le traitement, l'amélioration ne se produit pas.* La glace en particulier ne calme pas ou mal les douleurs. La température monte progressivement ou par poussées irrégulières et atteint 38°5 en moyenne, quelquefois 39 degrés. Les douleurs il est vrai restent peu violentes mais c'est surtout les lésions locales qui loin de s'améliorer progressent. La lésion était d'abord unilatérale, elle devient bilatérale.

Période d'état. — Tous les *signes fonctionnels* que l'on trouve habituellement dans les affections salpingo-ovariennes peuvent se rencontrer : douleurs locales et irradiées, pertes blanches, irrégularité des règles, constipation, etc. D'une façon générale les signes fonctionnels sont peu marqués.

Les *signes généraux* sont plus importants à constater : c'est d'abord la fièvre dont la courbe est très spéciale, *courbe irrégulière, capricieuse avec par endroits de grandes oscillations* alternant avec des périodes d'accalmie relative.

Dans les formes très aiguës (voir la feuille de température annexée à l'observation n° 1), la température peut osciller entre 37°5 et 40 degrés. Dans les formes moins aiguës, les poussées de température sont moins élevées mais la courbe n'en reste pas moins capricieuse et irrégulière. Au moment de ces poussées de fièvre, les signes fonctionnels et la douleur en particulier ne sont pas très sensiblement augmentés. C'est surtout l'état général qui est touché : facies fatigué, amaigrissement rapide, pouls fréquent et surtout hypotendu. Les crises sudorales sont habituelles au moment des poussées thermiques.

Les *signes physiques* offrent des caractères particuliers.

Masses salpingiennes volumineuses et dures.

Masses salpingiennes peu douloureuses.

Ce contraste entre l'importance des lésions observées et leur peu de douleurs est tout à fait spécial. Etant donné ce minimum de douleurs le toucher peut se faire avec beaucoup de précision. On perçoit nettement :

1° La forme de l'annexe malade ; forme bosselée, les bosselures sont arrondies, on en perçoit deux ou trois à la surface de la masse annexielle ;

2° La consistance ; consistance ferme dans son ensemble, souvent très dure avec quelques inégalités. Par places on trouve des zones un peu moins dures, quelquefois même des zones ramollies :

3° Les connexions : d'abord c'est une petite sal-

pingite unilatérale, mobile, puis la masse annexielle grossit, s'étend et se fixe à l'utérus en même temps que l'autre annexe se prend. A ce moment on a alors une salpingite double, à prédominance d'un côté. Ce côté est fixe, l'autre restant mobile. A un troisième stade, les deux masses annexielles s'étendent et confluent l'une vers l'autre derrière l'utérus. Enfin l'utérus finit par être englobé complètement dans les masses annexielles.

Evolution. — L'évolution est à marche irrégulièrement progressive. Des symptômes locaux joints à l'aggravation des signes généraux forcent la main du chirurgien. C'est là la terminaison habituelle de la forme aiguë.

Dans certains cas moins graves il se produit des accalmies transitoires puis les phénomènes aigus reprennent. Ces poussées successives conduisent également vers l'opération obligatoire.

En somme dans la forme qui nous intéresse, l'opération est faite à chaud en pleine période fébrile.

Dans les formes subaiguës, l'évolution par poussées est habituelle, les crises durent quelques jours et la température ne dépasse guère 38 degrés, les périodes d'accalmies sont assez longues pour qu'on puisse opérer à froid entre les crises. Par ce fait, les formes subaiguës se distinguent assez nettement de la forme aiguë qui nous intéresse.

Après l'opération l'évolution n'est pas toujours favorable.

Dans l'observation I les phénomènes fébriles après

une accalmie momentanée se sont reproduits, la plaie est restée grisâtre et atone ; la malade a fini par mourir avec des symptômes absolument analogues à ceux observés avant l'opération et qui peuvent être mis sur le compte d'une septicémie tuberculeuse.

D'autres fois (et ceci d'après un cas observé par M. le professeur Faure dans sa clientèle de ville) les suites opératoires ont été assez mouvementées et après une convalescence longue la malade a fini par guérir complètement. Il est enfin des cas où l'opération fait merveille (comme dans notre observation n° II). La fièvre disparaît d'une façon définitive et l'état général se relève rapidement.

Sans opération que deviendraient ces malades ? Etant donné l'importance des signes généraux, il est probable que les phénomènes septicémiques iraient en s'aggravant et emporteraient rapidement ces malades. Supposons au contraire que les phénomènes graves aillent en s'atténuant. La formation d'abcès par ramollissement des lésions caséeuses nécessiterait la colpotomie ou bien l'abcès s'ouvrirait spontanément dans le vagin, le rectum ou ailleurs. Cette ouverture d'abcès tuberculeux ne serait pas sans aggraver la situation. Dans un cas que M. le professeur J.-L. Faure a bien voulu nous résumer, une colpotomie fut d'abord faite puis une incision au-dessus de l'arcade pour vider une collection abdomino-pelvienne. C'est seulement après cette deuxième opération que le diagnostic fut posé ; c'est seulement

après l'hystérectomie abdominale que l'état de la malade s'améliora. Elle finit par guérir après une longue convalescence. Il est clair que la maladie eût été sensiblement écourtée si le diagnostic avait été posé au début et si l'opération avait était faite avant le ramollissement des lésions.

PRONOSTIC

La pronostic de la salpingite tuberculeuse aiguë reste très réservé car on a affaire dans ces cas à un bacille très virulent et à un ensemencement étendu. Toutefois si le diagnostic est posé d'une façon précoce et si l'opération a pu être faite de bonne heure, le pronostic s'améliore sensiblement. Dans cette forme aiguë la tuberculose reste à notre avis une tuberculose locale. Si l'ablation des lésions est complète et si la malade supporte l'opération, elle a toutes chances de rester guérie. Par ablation complète il faut s'entendre, nous voulons parler des lésions utéro-annexielles, car il faut compter que l'opération laissera localement quelques foyers de bacilles. Il est impossible qu'il n'en soit pas autrement. Mais ces bacilles ne seront plus dans les mêmes conditions pour se multiplier. On sait maintenant que des tubercules du péritoine, qui ont été exposés à la lumière du jour au cours d'une opération, sont dans de mauvaises conditions pour se développer et en fait on les voit s'atténuer et disparaître. Quelquefois une fistule persiste, il suffit d'un nettoyage à la curette pour guérir ces petites lésions localisées.

Avec M. le Dr Douay qui dans toutes ces considé-

rations nous apporte le fruit de sa grande expérience, nous sommes persuadés que les effets généraux produits par la castration sont un adjuvant précieux pour lutter contre la tuberculose. Le relèvement de la tension sanguine, les phénomènes congestifs, l'embonpoint qui sont consécutifs à la privation de la sécrétion interne de l'ovaire sont des circonstances heureuses pour guérir une tuberculeuse.

Quant aux dangers de l'opération, il ne faut pas se laisser trop influencer. En étudiant les cas subaigus et chroniques opérés à Broca nous sommes frappés de la bénignité des suites post-opératoires, même après opération grave. Il semblerait qu'un péritoine déjà envahi par des lésions tuberculeuses de voisinage ne demande qu'à se défendre contre le traumatisme opératoire, traumatisme toujours plus ou moins infecté. C'est un péritoine qui a pris l'habitude de lutter.

Après la guérison opératoire le pronostic reste encore réservé. Pendant la convalescence toujours longue, des réveils de l'infection tuberculeuse peuvent se produire. Il faut moins craindre un retour offensif du côté du petit bassin qu'une nouvelle localisation sur le poumon ou ailleurs. Pour être sûr d'une guérison en cas de tuberculose, il faut attendre plusieurs années et pendant cette période la malade doit être suivie de près par son médecin.

DIAGNOSTIC

Il ne faut pas trop compter sur les méthodes de laboratoire pour faire ce diagnostic. Dans les formes aiguës les réactions employées pour déceler la tuberculose sont souvent négatives à l'inverse de ce qui se passe dans les formes chroniques.

A l'Hôpital Broca, pendant l'année 1920, des essais ont été faits par Mme Klisitch, élève, à l'Institut Pasteur, du Dr Besredka. Sans vouloir déflorer ici ses recherches, qu'il me soit permis de dire que la réaction de Bordet-Gengou adaptée à la recherche de la tuberculose grâce à un antigène spécialement préparé par le Dr Besredka a donné des résultats presque toujours positifs dans les formes chroniques mais moins affirmatifs dans les formes subaiguës ou aiguës.

Le diagnostic doit être établi sur les signes cliniques, il ne pourra pas être fait dès le début de l'affection mais au cours de l'évolution. Le point capital serait de ne pas le faire trop tardivement.

Deux symptômes doivent attirer l'attention : c'est la courbe de température d'un aspect particulier ; c'est la physionomie des signes obtenus par l'examen : grosses lésions salpingiennes contrastant avec un minimum de douleurs.

Dans sa leçon clinique faite sur la malade de notre observation n° 1, M. le Professeur J.-L. Faure a insisté sur ces points. Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ses paroles :

« Vous voyez, Messieurs, devant vous une toute jeune femme, dix-huit ans, qui n'a présenté dans ses antécédents personnels et héréditaires aucun passé suspect de tuberculose. Au début de cette année elle accouche à terme d'un enfant bien portant ; huit mois plus tard elle entre à l'Hôpital pour salpingite gauche. La première idée qui se présente à notre esprit est de rattacher l'infection génitale observée actuellement à l'accouchement qui s'est produit quelques mois auparavant. Si nous interrogeons la malade à ce sujet, elle nous répond que l'accouchement s'est passé normalement et qu'aucune fièvre n'est apparue dans les jours suivants. Le retour de ses règles s'est produit normalement et pendant quelques mois elle n'a présenté aucun trouble.

« L'observation nous apprend ensuite qu'avant d'entrer dans le service, la malade a présenté des pertes blanches précédant de trois semaines le début des accidents actuels. Vous pensez sans doute pouvoir expliquer ces pertes blanches par une contamination gonococcique aiguë. Tachons de préciser les caractères de ces pertes blanches. Nous voyons qu'il s'est agi de pertes peu abondantes, peu épaisses, sans douleur à la miction, ce ne sont pas là les caractères habituels de la blennorragie aiguë. Voici donc un interrogatoire qui ne nous donne pas le résultat espéré.

« La malade nous dit en outre que depuis quelques mois, bien avant l'apparition de tous ces troubles du côté des organes génitaux, elle a maigri d'une façon considérable et a présenté des sueurs nocturnes. Retenez en passant ce point capital sur lequel nous reviendrons.

« La malade entre dans le service à la fin d'octobre, il y a par conséquent trois semaines. A ce moment, elle présente les signes d'une salpingite double d'apparence banale, mais beaucoup plus marquée à gauche. La fièvre est peu élevée,

autour de 38 degrés. Elle reçoit le traitement habituel : repos au lit, glace sur l'abdomen et injections chaudes. Ordinairement une salpingite aiguë s'améliore rapidement dans ces conditions ; au contraire nous voyons la température s'élever progressivement et atteindre 40 degrés en cinq jours ; les lésions locales s'étendent, le côté droit relativement épargné d'abord présente maintenant des lésions aussi avancées qu'à gauche : deux volumineuses salpingites encadrant l'utérus et descendant bas en arrière dans le cul-de-sac de Douglas. A ce moment nous discutons l'indication d'une colpotomie. Vous savez en effet, combien précieuse est cette opération si simple qui permet dans les cas graves rebelles au traitement habituel de vider, après incision du cul-de-sac postérieur, les poches de pus formées au niveau des annexes. Dans le cas présent les masses perçues sont dures dans l'ensemble avec quelques points plus mous, mais on ne perçoit encore aucune collection purulente bien limitée et la colpotomie est remise à plus tard. Nous arrivons à ce point de la courbe de température où brusquement la température s'abaisse de 40 à 37 degrés. Cette amélioration apparente est de courte durée, car de plus belle la température remonte et subit des oscillations des plus irrégulières et très étendues, en même temps que l'état général s'aggrave sensiblement.

« Si nous examinons cette malade nous trouvons d'énormes lésions : deux volumineuses masses irrégulières, dures, de consistance inégale, accolées de chaque côté à l'utérus et descendant en arrière de lui jusqu'à se rejoindre sur la ligne médiane. Nous pouvons très aisément sentir tous les détails car cette lésion si volumineuse est presque indolore.

« N'allons pas plus loin et qu'on emmène la malade dans sa salle. Ces caractères nous permettent de faire un diagnostic ferme, autant toutefois qu'il est possible d'affirmer un diagnostic en gynécologie.

Regardez encore une fois, pour ne pas l'oublier, cette feuille de température où hier soir encore nous notions 40°8 et ce matin 38°8. Voyez cette courbe irrégulière ; est-ce là le fait d'une salpingite banale traitée à l'hôpital par le repos au lit.

En même temps que cet état fébrile, nous trouvons comme lésions locales des lésions bien particulières ; deux volumineuses salpingites bosselées, à contours bien arrêtés, de consistance inégale, dures et fermes dans l'ensemble et indolentes. Nous pouvons apprécier leur forme jusque dans leurs moindres détails à cause du peu de douleur provoqué par cette palpation.

« C'est là un fait réellement spécial et digne d'attention : grosse lésion salpingienne peu douloureuse avec fièvre irrégulière et élevée. N'oublions pas non plus la période d'amaigrissement observée dans les antécédents de la malade. Ne montre-t-elle pas l'envahissement sournois de l'infection bacillaire et son retentissement sur l'état général : signes de l'imprégnation tuberculeuse avant même l'éclosion des signes locaux.

« Cette leucorrhée qui marque le début de la maladie, peut être considérée comme une première manifestation de l'envahissement des voies génitales par le bacille tuberculeux.

« Devant ce tableau clinique, pour ma part, je pense sans hésitation à la tuberculose.

« Il ne faut pas manquer de faire également l'examen complet de la malade pour tâcher de déceler ailleurs d'autres manifestations de la tuberculose. Ici rien de démonstratif : le sommet du poumon gauche qui paraît moins bien respirer, des sueurs nocturnes et peut-être un pouls hypotendu ; tous ces signes d'une interprétation difficile étant donné l'état fébrile de la malade n'ont qu'une importance secondaire. Je n'attache pas non plus un intérêt capital à la recherche des antécédents héréditaires et personnels qui dans ce cas restent négatifs.

« Il ne s'agit pas d'une tuberculeuse avérée qui secondairement fait une localisation salpingo-ovarienne mais d'une femme jusque-là bien portante qui présente une localisation génitale d'une tuberculose probablement de contagion récente et à évolution aiguë. »

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Deux affections ressemblent spécialement à la salpingite tuberculeuse aiguë. Ce sont la salpingite banale et la grossesse extra-utérine. Les autres confusions sont rares, encore que toute erreur soit possible dans les cas difficiles de la gynécologie.

La salpingite aiguë a en général un début plus brusque qui atteint rapidement son apogée puis s'améliore peu à peu par le repos et la glace. Les récidives sont rares et expliquées par des imprudences ou des fautes dans le traitement.

Dans la salpingite tuberculeuse aiguë le début n'a pas la même brusquerie, la fièvre monte progressivement ; les améliorations par suite du traitement sont irrégulières et capricieuses ; les récidives ou les aggravations surviennent sans cause apparente. La glace calme moins bien que les applications chaudes.

Dans la grossesse extra-utérine la masse annexielle avant sa rupture a des caractères communs avec la salpingite tuberculeuse aiguë : consistance, forme, indolence relative. Les troubles des règles si fréquents dans la salpingite tuberculeuse, et spécialement l'aménorrhée, invitent à faire le diagnostic de grossesse extra-utérine. Mais la fièvre est diffici-

lement expliquée par l'hypothèse de grossesse tubaire.

Après sa rupture, l'hématocèle étant constituée, les difficultés de diagnostic persistent. On pense à une hématocèle qui s'infecte et va suppurer.

Dans certains cas un petit kyste de l'ovaire tordu peut prêter à confusion. De toutes façons l'indication opératoire reste la même et il faut opérer.

A l'opération, le diagnostic n'est pas toujours fait dès l'ouverture de l'abdomen. Car dans cette forme les granulations sur le péritoine peuvent manquer et l'attention de l'opérateur n'est pas éveillée à l'idée d'une tuberculose possible.

Souvent l'opération se fait comme pour une salpingite banale et c'est seulement à l'ouverture des masses extirpées qu'on voit les amas caséifiés et que le diagnostic réel est posé. Lorsque les masses ne sont pas nettement caséifiées on peut encore hésiter et c'est alors seulement l'examen histologique qui lève tous les doutes en montrant les follicules tuberculeux.

TRAITEMENT

Si on admet que la lésion salpingo-ovarienne est dans l'immense majorité des cas une tuberculose localisée et qu'il n'y a pas d'autres lésions ailleurs il faut proposer l'opération chirurgicale dans tous les cas où le diagnostic est posé. S'il existe quelques lésions discrètes sur le péritoine et dans les parois intestinales voisines, il y a lieu de penser que ces lésions rétrocèderont après l'opération par suite de l'action curative, encore mal déterminée, de la laparotomie sur les lésions tuberculeuses du péritoine. Enfin la castration chirurgicale nous paraît être un moyen efficace pour lutter contre la tuberculose en général.

Pour ces différentes raisons l'opération chirurgicale doit être pratiquée et cette opération sera l'hystérectomie subtotale, ou totale si le col est suspect, avec ablation bilatérale des annexes. Pas d'opération partielle qui exposera la malade à des récidives pour lui conserver une fonction vouée ordinairement à la stérilité.

Les suites opératoires ne seront pas toujours favorables, la cicatrisation sera quelquefois très lente, retardée par la persistance de fistules tuberculeuses.

Quelquefois même de véritables complications sont apparues en cours de route : fistules intestinales, souvent du côlon ou du rectum, plus rarement du grêle qui nécessiteront par la suite une ou plusieurs interventions.

Malgré ces difficultés post-opératoires, il ne faut pas reculer et c'est l'opération qu'il faut conseiller.

Lorsque le diagnostic n'est pas fait avant l'opération, on peut être amené à faire une colpotomie par exemple. Une fois la nature de la lésion reconnue, il faut sans tarder faire l'hystérectomie abdominale, seule curatrice.

Si l'on tombe une fois le ventre ouvert sur des lésions considérables et qu'on en reconnaisse la nature tuberculeuse, il ne faut pas se laisser aller à considérer ces difficultés comme insurmontables et inguérissables, il faut faire l'opération et la faire complète.

C'est dans ces cas que le procédé par hémisection rend des services considérables. Il permet de s'y reconnaître au milieu de ce bassin encombré. La grande habileté opératoire est d'éviter la fistule intestinale. La paroi intestinale est quelquefois envahie par le processus tuberculeux et la déchirure de l'intestin est parfois inévitable. La réparation en est difficile à cause de la friabilité de l'intestin, de sorte que la résection intestinale est quelquefois obligatoire. Mais c'est là une éventualité exceptionnelle.

Le traitement médical post-opératoire est capital. La reprise de l'alimentation doit être faite d'une

façon précoce. Les toniques habituellement employés pour lutter contre la tuberculose trouvent ici leur application. Nous avons vu donner à l'Hôpital Broca, le cacodylate de soude à haute dose suivant les conseils médicaux de M. le Dr Ravaut : soit à la dose de 0 gr. 50 par jour et avec bon résultat. Enfin l'insolation de l'abdomen quand cela est réalisable a certainement d'heureux effets.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme Bl... Germaine, dix-huit ans.

Entrée à l'Hôpital Broca le 31 octobre 1919 pour salpingite gauche.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels, aucun passé suspect de tuberculose.

La malade a été réglé à douze ans. Règles régulières et normales.

Le 10 janvier 1919, dix mois avant la maladie actuelle, la malade accouche à terme d'un enfant bien portant. Cet enfant nourri au sein par la mère meurt à cinq mois (?). Suites de couches sans fièvre, absolument normales. Les règles reviennent en mars.

Elle est bien portante pendant deux mois. Cependant déjà à ce moment elle a remarqué un certain degré d'amaigrissement et parfois elle était prise la nuit de sueurs.

Vers le mois d'août elle présente des pertes blanches, légèrement jaunâtres, peu abondantes, peu épaisses, ne s'accompagnant pas de douleurs à la miction.

Le 31 octobre, la malade entre à l'hôpital Broca pour douleurs abdominales et pertes jaunâtres.

A l'examen on trouve l'utérus normal, le col petit et dur. A gauche le cul-de-sac est tendu, on constate une masse dure,

volumineuse, de la grosseur d'une petite orange, légèrement douloureuse et s'étendant en arrière. A droite on trouve une petite masse dure, non douloureuse.

La température est peu élevée et oscille autour de 38 degrés.

On fait alors à ce moment le diagnostic de salpingite et on applique le traitement médical. Mais malgré le repos au lit, la glace sur l'abdomen et des injections chaudes, la température continue à s'élever progressivement et atteint près de 40 degrés en cinq jours ;

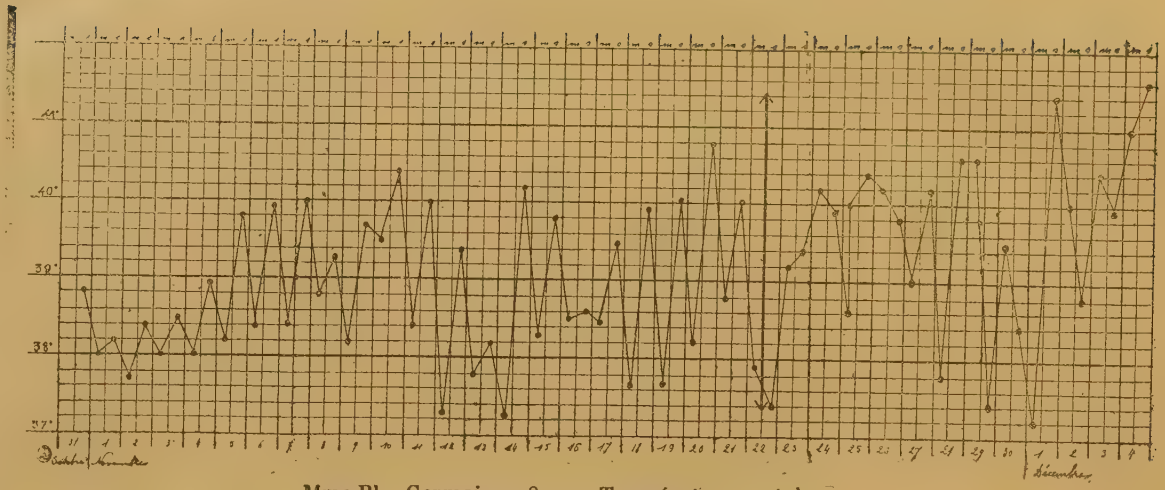
Les lésions locales s'étendent et l'examen décèle deux volumineuses salpingites encadrant l'utérus et descendant bas en arrière dans le cul-de-sac de Douglas. Le côté droit relativement épargné d'abord, présente maintenant des lésions aussi intenses qu'à gauche.

Les masses perçues au toucher sont dures dans l'ensemble avec quelques points plus mous, et le 12 novembre l'indication d'une colpotomie est discutée mais on ne perçoit aucune collection purulente bien limitée et dans ces conditions l'opération est différée.

A ce moment le 13 novembre la température s'abaisse de 39°4 à 37°8, puis le 14 de 37°3 remonte à 40°2 et subit alors des oscillations très irrégulières et très étendues montant un peu plus haut chaque soir jusqu'à atteindre le 20 novembre 40°8.

En même temps l'état général s'aggrave.

L'examen de la malade pratiqué alors de nouveau à ce moment, montre d'énormes lésions : deux volumineuses masses irrégulières, dures, de consistance inégale, accolées de chaque côté de l'utérus, descendant en arrière de cet



Mme Bl... Germaine, 18 ans. Température rectale.

organe et se rejoignant sur la ligne médiane. Cette volumineuse lésion est presqu'indolore.

L'examen des autres appareils reste négatif. Rien de net du côté pulmonaire ; le sommet gauche respire peut-être un peu moins bien que le droit.

Le pouls suit les oscillations thermiques, montant le soir jusqu'à 130 pulsations. Il est peu tendu.

Les urines ne présentent ni sucre, ni albumine.

Diagnostic.— Le 21 novembre, M. le professeur J.-L. Faure, examinant cette malade devant ses élèves à l'amphithéâtre, fait le diagnostic ferme de salpingite double tuberculeuse aiguë, se basant sur les signes suivants :

1° La fièvre élevée avec courbe thermique irrégulière à grandes oscillations et l'atteinte profonde de l'état général ;

2° Les caractères particuliers des lésions locales : grosse tuméfaction salpingienne bilatérale contrastant avec un minimum de phénomènes douloureux.

Opération. — Le 22 novembre.

Opérateur : M. le professeur J.-L. Faure.

Anesthésie générale au mélange de Schleich.

Durée de l'opération : vingt-cinq minutes.

On trouve un petit bassin complètement bloqué par les lésions salpingiennes englobant l'utérus et auxquelles adhèrent le côlon pelvien, l'épiploon et une anse grêle. Sur ces lésions de péritonite plastique on ne trouve pas au premier coup d'œil de granulations tuberculeuses typiques. Après décollement de l'intestin le fond de l'utérus devient visible ; il est saisi par deux pinces de Museux, sectionné par hémisection. Chaque moitié de l'utérus est enlevée avec l'annexe correspondante très adhérente à la paroi pelvienne et au

rectum. Il est impossible de péritoniser et on termine par un drainage à la Mickulicz.

Suites opératoires.— Elles ne furent pas favorables. Après deux jours d'accalmie, les oscillations thermiques se reproduisent, l'état général décline rapidement, la plaie reste violacée et atone et la malade meurt le douzième jour avec des signes de granulie et de septicémie tuberculeuse.

Une prise de sang faite quatre jours après l'opération donna une hémoculture négative.

Examen macroscopique. — La pièce, enlevée par hémisection, présente deux parties à peu près analogues comme volume et comme aspect. L'hémi-utérus, la trompe et l'ovaire ne forment qu'une seule masse irrégulière et dure. On reconnaît la trompe à ses bosselures et à ses flexuosités L'ovaire est reconnaissable à la présence de quelques follicules. Sur le tout on voit des granulations assez rares.

A la coupe, les trompes présentent des masses blanchâtres de la grosseur d'une fève ou d'un haricot correspondant à des amas tuberculeux en voie de caséification.

A la coupe, l'ovaire présente de nombreux petits amas blanc grisâtre très serrés représentant des tubercules à l'état de crudité.

L'utérus n'est pas volumineux. La muqueuse centrale a un aspect à peu près normal. La séreuse est épaissie avec quelques tubercules et participe à l'inflammation voisine.

L'ensemble des lésions n'a pas la coloration rouge inflammatoire habituelle mais plutôt une coloration pâle avec infiltration œdémateuse qui donne aux tissus une certaine résistance et un aspect lardacé.

Examen microscopique. — La trompe est envahie dans

toute son épaisseur de follicules tuberculeux, les lésions prédominent au niveau de la muqueuse qui est bourrée et infiltrée de nombreux tubercules conglomérés. Les phénomènes de dégénérescence et de caséification sont à peine ébauchés, ils n'ont pas eu le temps de se produire, de sorte que beaucoup des masses tuberculeuses sont encore à l'état de crudité sans ramollissement. Les cellules géantes sont nombreuses, de grande taille, indiquant une tuberculose à bacilles nombreux et virulents.

Sous la séreuse on trouve des tubercules plus petits, disséminés et sans phénomènes de dégénérescence. Dans la partie moyenne de la paroi, entre les fibres musculaires, les tubercules sont moins abondants.

L'ovaire est relativement moins envahi par la tuberculose. Les tubercules y sont disséminés avec quelques groupements en foyer, tous à l'état de crudité et paraissant de date assez récente.

Suivant l'opinion de M. le Dr Champy, il s'agit d'une forme caséeuse à la période de crudité.

La recherche du bacille de Koch, la culture et l'inoculation au cobaye ne furent pas pratiquées. Ces recherches eussent été superflues étant donné la netteté des lésions histologiques qui ne laissent absolument aucun doute sur la nature tuberleuse de l'affection.

OBSERVATION II

Mme Ch..., 26 ans.

Entrée à l'hôpital Broca le 11 novembre 1919 pour salpingite gauche (possibilité d'hématocèle).

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Dans les antécédents collatéraux on retrouve qu'une sœur fut soignée un an en Suisse pour anémie.

Dans les antécédents personnels on trouve une fièvre typhoïde à l'âge de 16 ans. Pas trace d'adénopathie suspecte dans l'enfance. Un peu d'anémie au moment de la puberté.

La malade a été réglée à 11 ans. Règles régulières et normales. De 19 à 21 ans la malade a des règles très abondantes, durant une quinzaine de jours puis elles redeviennent normales.

Elle a toujours eu des pertes blanches sans caractère spécial.

La malade s'est mariée dix-huit mois avant son entrée à l'hôpital. Elle n'a pas eu d'enfants. Son mari est robuste et bien portant.

En novembre 1918, après une grippe, la malade se plaint de souffrir dans le ventre. On fit alors le diagnostic d'appendicite. A ce moment elle ressent des douleurs légères en urinant mais sans que les pertes blanches soient plus abondantes. Un médecin lui fait des cautérisations sur le col qui améliorent son état.

En septembre 1919 la malade se sent fatiguée, elle croit avoir un début de grossesse (étourdissements, nausées, vomissements, vertiges, pertes blanches augmentées, douleurs dans l'abdomen) mais ses règles viennent comme d'ordinaire, sans retard, un peu moins abondantes seulement.

Le 1er novembre 1919 elle est prise brusquement de douleurs abdominales d'une grande violence avec température à 39 degrés le soir, frissons ; symptômes qui l'obligent à

s'aliter. Le repos calme ces douleurs et elle entre à l'hôpital Broca le 11 novembre.

La malade ne se souvient pas avoir eu de sueurs nocturnes mais accuse un certain amaigrissement depuis novembre 1918.

Dans les premiers jours de son entrée à l'hôpital on constate une température oscillant entre 38 degrés et 39°5 accompagnée de petits frissons. Le ventre est douloureux au palper et ces douleurs s'irradient dans les cuisses. Le toucher vaginal montre un col de consistance normale ; l'utérus est normal en antéposition. A gauche on sent une masse annexielle assez haute bombant dans le Douglas. C'est une masse dure avec de petites irrégularités de forme et de consistance. Rien à droite.

On met la malade au repos ce qui atténue les douleurs et fait baisser la température qui du 18 novembre au 7 décembre varie entre 37 et 38 degrés. Le 8 décembre poussée de température à 39°3. Oscillations irrégulières pendant deux jours puis la temperature revient entre 37 et 38 degrés usqu'au 20 décembre, jour où la température monte encore à 39°2. Elle devient très irrégulière les jours suivants.

Depuis son entrée à l'hôpital la malade a eu ses règles du 12 au 16 novembre et les 10 et 11 décembre.

Examinée à nouveau le 13 décembre, on constate qu'à gauche les lésions n'ont pas rétrocédé. Le côté droit est maintenant envahi. On sent une masse se prolongeant derrière l'utérus et rejoignant la masse gauche.

L'examen des autres appareils reste négatif. Les urines ne présentent ni sucre, ni albumine.

Diagnostic. — Dans ce cas le diagnostic de salpingite

tuberculeuse aiguë n'a pas été fait d'une façon aussi ferme que dans l'observation précédente. Le diagnostic d'entrée : hématocèle possible, fut rapidement écarté et remplacé par celui de salpingite banale ; mais peu à peu en suivant l'évolution de la maladie on soupçonna la tuberculose annexielle et on se décida à intervenir. Les principaux symptômes qui firent supposer la tuberculose furent : l'accroissement progressif des lésions locales qui deviennent bilatérales malgré le repos et le traitement médical; la consistance ferme et négale des masses annexielles ; l'indolence relative de ces lésions. A titre secondaire on avait remarqué les signes d'imprégnation tuberculeuse : amaigrissement et hypotension du pouls.

Opération le 23 décembre.

Opérateur : M. le professeur J.-L. Faure.

Anesthésie générale au mélange de Schleich.

A l'ouverture du péritoine, on trouve l'épiploon fixé aux organes du petit bassin avec quelques granulations péritonéales. L'utérus est encadré par deux volumineuses salpingites qui descendent en arrière de lui dans le Douglas. L'adhérence de ces masses est intime avec les parois pelviennes, le rectum et l'S iliaque. Ce sont des adhérences relativement récentes avec par places des petites poches séreuses. On arrive assez facilement à libérer le fond de l'utérus, ce qui permet de pratiquer la section médiane jusqu'à l'isthme. Après section de l'hémicol et pincement de l'utérine, les masses annexielles sont abordées par dessous et extirpées avec assez de facilité. Le péritoine pelvien est presque complètement disparu et la péritonisation n'est faite que partiellement. Suivant le procédé de Mickulicz le sac de gaze est

placé au fond du Douglas et une longue mèche à l'ectogan est régulièrement tassée pour remplir le petit bassin jusqu'à la partie inférieure de l'incision abdominale. Celle-ci est ensuite refermée aux trois quarts.

Suites opératoires. — Elle furent satisfaisantes. La température, le deuxième jour n'a pas dépassé 38°8 et est descendue ensuite au-dessous de 38 degrés. Le pouls a été rapide (au-dessus de 130) pendant les premiers jours. L'état général cependant est resté bon, sans vomissements. Le drainage abdomino-pelvien a donné beaucoup de sérosité les premiers jours. La mèche a été retirée le cinquième jour et le sac a été facilement détaché le douzième jour. A ce moment on s'aperçoit qu'il y a quelques matières fécales au fond de la plaie. Au pansement suivant on ne voit plus de matières et la plaie se cicatrice assez rapidement. Il reste cependant un petit trajet d'où s'échappent quelques gaz par intermittence. L'état général s'est amélioré très rapidement et la malade est sortie le 31 janvier, quarante jours après l'opération.

La malade revient régulièrement à la consultation de l'hôpital tous les mois ; elle grossit d'une façon régulière et son aspect est devenu très florissant. Elle n'a plus aucune douleur abdominale et aucune perte blanche. Il ne reste qu'un petit trajet fistuleux qui donne un peu de pus et quelques gaz par intermittence.

En mai la suppuration devenant un peu plus abandante M. le Dr Douay, pratique à l'anesthésie locale, un débridement de la fistule. Il tombe dans une poche remplie de fongosités qui sont enlevées à la curette. Après cette intervention la cicatrisation se fait rapidement.

En octobre la fistule ne donne pas de pus mais encore

quelques gaz et de plus en plus rarement. L'état général est très bon, la malade se trouve très bien, elle a repris ses occupations sans ressentir de fatigue.

Pendant tout l'été elle a suivi un traitement médical très attentif (arsenic, suralimentation, repos au grand air et insolation de la région abdominale).

Examen macroscopique. — La pièce enlevée par hémisection présente deux parties inégales, le côté gauche est plus volumineux. Dans le bloc formé par l'hémiutérus, la trompe, l'ovaire et une masse épiploïque adhérente on reconnaît la trompe bosselée, contournant et englobant un volumineux ovaire ; on ne voit pas de granulations sous-péritonéales à un examen superficiel, il faut les rechercher avec soin pour en trouver quelques-unes.

A la coupe, la trompe est remplie d'une masse caséeuse gris blanchâtre qui distend sa cavité, surtout dans sa région ampullaire. Dans sa partie isthmique on reconnaît la lumière avec les replis muqueux très développés; des amas caséeux de la grosseur d'une lentille se voient en deux ou trois points d'une même coupe transversale. La paroi est épaisse et infiltrée.

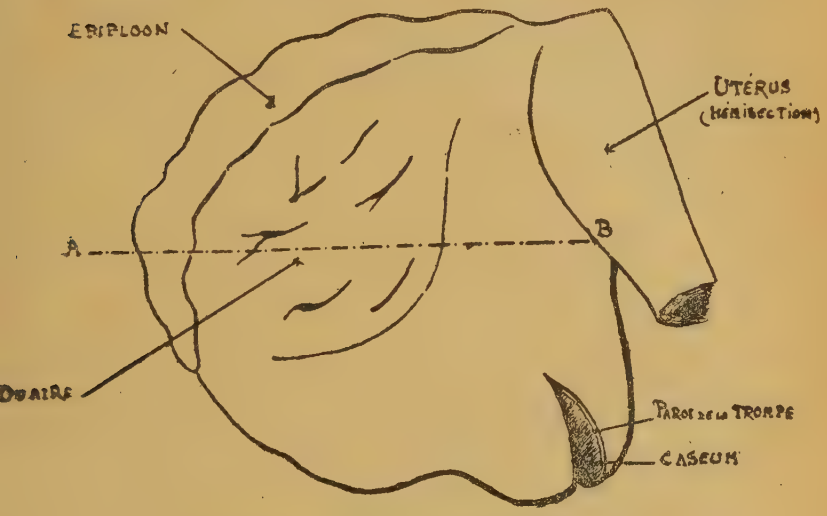
L'ovaire est fusionné au pavillon. A la coupe il est œdématié et présente de nombreuses granulations formant par place des amas grisâtres, sans caséification proprement dite.

L'utérus est relativement sain.

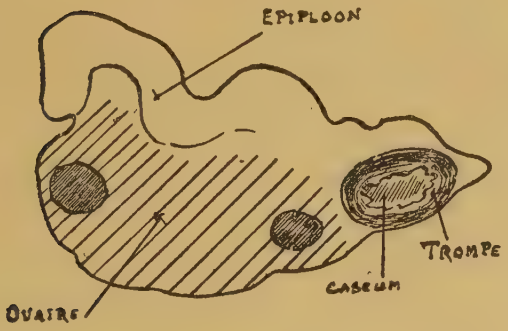
L'épiploon adhérent est très épaissi, rouge ; les granulations y sont peu apparentes.

Examen microscopique.— A la trompe, les lésions prédominent au niveau de la muqueuse. On trouve des amas considérables de produits caséifiés avec quelques rares tuber-

cules crus au voisinage. La séreuse est peu atteinte et ne présente que des tubercules disséminés. On remarque l'in-



Hémiutérus, ovaire et trompe gauches



Coupe suivant A B.

(Dessins dus à l'obligeance de M. Turnesco, interne de M. le Pr J.-L. Faure)

tégrité relative de la couche musculaire de la trompe.

Les lésions de l'ovaire paraissent plus récentes, c'est surtout à la superficie que l'on trouve les tubercules volumi-

neux et serrés, puis ils diminuent de nombre et de volume au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la surface. Les tubercules les plus volumineux présentent cependant d'une façon certaine un début de caséification.

L'opinion de M. le Dr Champy est qu'il s'agit moins d'une forme caséeuse pure que d'une forme associée miliaire et caséeuse.

CONCLUSIONS

1° A côté de ses formes habituelles, chroniques et subaiguës, aussi nombreuses que variées et d'un diagnostic souvent impossible, la tuberculose salpingienne peut revêtir une forme spéciale, assez rare, qui mérite par ses caractères particuliers d'être individualisée : c'est la salpingite tuberculeuse aiguë ;

2° Anatomiquement, il s'agit d'une salpingite caséeuse ou ulcéro-caséeuse avec lésions moins avancées de l'ovaire et du péritoine ;

3° Cliniquement ses caractères les plus importants sont :

a) Température élevée, irrégulière et capricieuse avec grandes oscillations ;

b) Lésions annexielles, bilatérales à prédominance d'un côté : masses bosselées dans l'ensemble avec quelques inégalités de consistance et surtout peu douloureuses étant donné leur développement ;

4° Ces lésions restent particulièrement bien localisées et l'hystérectomie avec ablation bilatérale des

annexes, seul traitement rationnel, peut guérir complètement ces malades ;

5° Le pronostic reste cependant sévère et la convalescence longue nécessite des soins médicaux tatentifs.

Le Président de la thèse,
J.-L. FAURE

Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — Contribution à l'étude de la tuberculose génitale chez la femme (Rapport de Picqué. Bull. et Mém. Société de Chir. de Paris, 1913).

— Deux formes de tuberculose génitale chez la femme (Gynécologie. Paris, 1912).

Albertin. — Grossesse tubaire et tuberculose annexielle, sur la difficulté du diagnostic (Lyon médical, 1911).

Albaume. — Rapport de la tuberculose génitale chez la femme avec les malformations et les tumeurs de l'appareil génital. Thèse de Paris, 1907-1908.

Archambault. — Tuberculose de la trompe et fibromyome tuberculisé (Gazette des Hôpitaux, 1907, p. 305).

Arrivat. — A propos d'un cas de tuberculose annexielle (Montpellier médical, juillet 1913).

Bardeleben. — Traitement chirurgical de la tuberculose gynécologique (Congrès international de la tuberculose. Rome, 1912).

Bérard. — Castration pour tuberculose annexielle (Lyon médical, 1913).

Bernheim. — Tuberculose primitive des organes génitaux de la femme (Belgique médicale, 1900, n° 38).

Bertrand. — Des abcès froids tubaires. Thèse de Lyon, 1908.

Billig (Mlle). — Contribution à l'étude de la tuberculose utéro-annexielle. Thèse de Montpellier, 1914.

Bovis (de). — Diagnostic des salpingites tuberculeuses (Sem. med., sept. 1913).

Brouardel. — Tuberculisation des organes génitaux de la femme. Thèse de Paris, 1865).

Cazeneuve. — De la tuberculose des annexes. Thèse de Montpellier, 1901.

Chaufton. — La tuberculose annexielle. Thèse de Paris, 1905.

Cotte. — Dysménorrhée d'origine tuberculeuse (Gaz. des Hôp., octobre 1909).

Cousyn. — Etude de la tuberculose de l'utérus et de ses annexes. Thèse de Paris, 1903.

Dalché. — Tuberculose de l'appareil génital chez la femme (Rev. gén. de clinique et de thérap. de Paris, 1911).

Daurios. — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'appareil génital chez la femme. Thèse de Paris, 1889.

Le Dentu. — Tuberculose annexielle (Semaine gynéc., n° 17, 1901).

Dosgouttes et Olivieri. — Rôle des lésions intestinales dans le pronostic opératoire des annexites tuberculeuses (Lyon médical, mars 1913).

Dervaux. — Tuberculose génitale de la femme et ses complications péritonéales. Thèse de Paris, 1902.

Faure (*J. L.*). — Congrès international de gyn. et d'obst. de Rome, 1902.

Gorowitz (*Mlle*). — De la tuberculose génitale de la femme. Thèse de Paris, 1900.

Hartmann, Bergeret et Remilly. — Quelques réflexions sur la tuberculose salpingo-ovarienne (Journal de Gyn. et d'Obs., t. II, n° 1, 1920).

Jayle et Bertrand. — Des pseudo-granulations tuberculeuses (Presse médicale, 1917).

Jayle. — La tuberculose de la trompe (Presse méd. du 21 juin 1913, n° 51).

Labhardt. — Contribution à l'étude de la tuberculose génitale et péritonéale (Zurt für geb. u. gyn., 1912 in Sem. méd., 1912).

Lapeyre. — Traitement de la tuberculose génitale de la femme (Congrès international de la tuberculose. Rome, 1912).

Laurence. — Tuberculose génitale (Journal des Praticiens, 1919, p. 573).

Lenormant. — La tuberculose génitale de la femme (Progrès médical, Paris 1909 et Gazette de gynécologie, 1909).

Martin. — Génitale tuberculose (The journal american association, septembre 1908).

Mathieu (Ch.). — Contribution à l'étude de la périannexite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1900.

Mauclaire. — Tuberculose génitale de la femme (Revue internationale de la tuberculose. Paris, 1912).

Menetrier. — Endométrite et salpingite tuberculeuse (Société anatomique, 1889, p. 475).

Moorre. — Tuberculose génitale (Surgery gynecology and obstetric, juillet 1919).

Muller. — Die genital tuberculose der Weiber (Arch. fur gynæk, 1920, t. CXII, p. 317).

Murphy. — Tuberculasis of the fernale genitalia and peritoneum Chicago surgical Society, octobre 1903.

Ollivier. — Le traitement de la tuberculose annexielle. Thèse de Lyon, 1912.

Patel. — Traitement de la tuberculose génitale chez la femme (Annales de gynéc. et obst., 1912, p. 331).

Patel et Ollivier. — Thérapeutique conservatrice dans le traitement de la tuberculose annexielle (Revue de gynec. et de chirurgie abdominale, juillet 1913).

Pestalloza. — Traitement chirurgical de la tuberculose génitale de la femme (Congrès international de la tuberculose. Rome, 1912).

Piotrowska. — Des fistules pyostercorales survenant après la tuberculose des annexes et leur traitement. Thèse Lausanne, 1902 et Gynæc. Helvetius, IV, p. 138, 1904.

Poncet et Leriche. — Tuberculose inflammatoire de l'appareil utéro-annexiel (Tribune médicale, juin 1910).

Remilly. — Sur 32 observations de femmes opérées pour tuberculose génitale. Thèse de Paris, 1920.

Renaud (M.). — Tuberculose génitale et péritonéale (Société anatomique, Paris, 1909).

Reynier. — Tuberculose utéro-annexielle (Société de chirurgie, juin 1905). Tuberculose de l'appareil tubo-ovarien de la femme (Sem. gync. de Paris, 1912).

Rives. — Tuberculose des annexes de l'utérus. Thèse de Montpellier, 1909.

Routier. — Tuberculose des organes génitaux de la femme d'origine ascendante. Thèse de Paris, 1909.

Rouville (de). — A propos de 3 cas de tuberculose annexielle (Montpellier médical, 1913).

Sallc et Forraz.— Tuberculose annexielle (Gazette des Hôpitaux, 14 déc. 1912).

Tavernier. — Tuberculose utéro-annexielle (Société de chirurgie de Lyon, mai 1905).

Terrillon. — Salpingite tuberculeuse (Bulletin médical, p. 867).

Todoski. — Tuberculose de l'ovaire. Thèse de Montpellier, 1913.

Violet. — Annexite tuberculeuse, fistule de la paroi abdominale (Lyon médical, 1897).

Wagner. — Traitement chirurgical de la tuberculose génitale (Congrès international de la tuberculose. Rome 1912).

Impr. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. - 4872-20